

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

984

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean-Jacques GALEY

Né le 25 Septembre 1916 à Vierzon (Cher)

Externe des Hôpitaux de Paris

**Les Fibromyomes
de la portion intra-abdominale
des ligaments ronds**

Président : M. MONDOR, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

—
1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean-Jacques GALEY

Né le 25 Septembre 1916 à Vierzon (Cher)

Externe des Hôpitaux de Paris

Les Fibromyomes de la portion intra-abdominale des ligaments ronds

Président : M. MONDOR, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

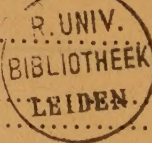
PARIS

—
1939

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie Médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINI
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale	Clovis VINCENT.
	N..
	HAZARD
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne . Pathologie médicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.

HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale
 LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale
 VANDESCAL Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ...	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLE- RY - RADOT			
SEZARY			
	Clinique obstétricale.		
MM.			
ECALLE			
METZGER			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Educational physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA SŒUR

A MES FRERES

A MON BEAU-FRERE

A MES AMIS

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Henri MONDOR

Membre de l'Académie de Chirurgie
Professeur de Pathologie chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat

*qui a bien voulu nous fournir le sujet
de cette thèse et nous faire l'honneur
d'en accepter la présidence.*

*En témoignage de respectueux atta-
chement et de gratitude pour son pré-
cieux enseignement.*

A LA MEMOIRE DE MON MAITRE

Monsieur le Professeur Marcel LABBE

Professeur de Clinique médicale
à la Faculté de Médecine de Paris

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur agrégé J. LEVEUF

Chirurgien de l'hôpital Bretonneau

Monsieur le Docteur A. TOURAINE

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Monsieur le Professeur F. RATHERY

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Cochin

A MES CONFERENCIERS

Messieurs les Docteurs

CALVET,

SIGUIER,

MATHE,

LAPLANE,

BROUET, Professeur agrégé à la Faculté.

INTRODUCTION

Si l'on parcourt les articles et publications qui traitent des fibromes du ligament rond, l'impression que l'on en garde est celle d'une affection extrêmement rare, surtout si, comme nous, on limite son étude aux seuls fibromes de la portion intra-abdominale du ligament.

En 1896, Delbet et Heresco, à l'occasion d'un cas personnel, relevaient 16 cas de fibromes du ligament rond, dont 4 seulement s'étaient développés sur la portion intra-abdominale de celui-ci. Depuis ce travail, Claisse, Michaux, Reboul, Albertin, Walther, Dambrin et Bernadbeig, Jean Petit ont publié de nouvelles observations se rapportant à cette localisation de la tumeur. Parmi les auteurs étrangers, nous avons relevé les noms de Weber, Spencer, Schlauck, Lindquist, Ahumada, Pardini, qui,

le premier en 1901, le dernier en 1934, rapportent des fibromes du ligament rond dont la situation intra-abdominale est expressément mentionnée.

Sans prétendre avoir eu connaissance de tous les cas publiés, il nous est permis d'insister sur le petit nombre des observations dont le total n'atteint pas deux dizaines. C'est cette relative rareté qui nous a incité à reprendre, à l'occasion d'un cas observé dans le service de notre maître, M. le professeur Mondor, l'étude de ces fibromes intra-abdominaux du ligament rond et à confronter cette observation récente avec les faits notés par les auteurs que nous avons précédemment cités.

Nous rapporterons tout d'abord l'observation qui servit de base à ce travail, puis, reprenant successivement l'étiologie, la clinique, le diagnostic, l'anatomie pathologique, enfin le pronostic et la pathogénie, nous essaierons d'exposer en quoi ce cas nouveau s'intègre dans le cadre des notions acquises ou au contraire s'en écarte.

OBSERVATION

DE M. LE PROFESSEUR MONDOR

M^{me} G. B..., domestique, âgée de 38 ans, entre à l'hôpital Bichat le 17 juillet 1939. Elle y vient pour des douleurs situées dans la moitié droite de la cavité pelvienne, douleurs apparues trois semaines auparavant, douleurs en éclairs obligeant quelquefois la malade à se courber en avant.

La tuméfaction explorée par le toucher vaginal et le palper bimanuel du premier médecin a fait penser à un gros utérus porteur d'un fibrome du volume d'une tête d'enfant ou d'une grossesse de deux à trois mois. La réaction d'Asheim-Zondeck, faite par précaution, fut négative. Le diagnostic de fibromyome a été fait et la malade envoyée à l'hôpital.

La malade ne s'y plaint d'aucun autre trouble : ses règles viennent aux dates prévues et durent quatre jours d'habitude. Seules les dernières, celles du 25 juin 1939, ont duré huit jours et se sont terminées par une sorte d'hémorragie. La malade se souvient d'une fausse couche, il y a sept ans, et du curetage qui suivit. Elle signale ce qu'elle croit les signes d'une certaine débilité hépatique, mais les examens des temps de saignement et de coagulation sont normaux.

Dès le palper de l'abdomen, on trouve la masse pelvienne dure, remarquablement ronde, du volume d'une grosse orange. Elle est sous-ombilicale, dans la fosse iliaque droite. Au toucher vaginal, la masse régulière, dure, fibreuse, semble accolée au flanc droit de l'utérus, mais elle est si facilement mobilisable qu'elle ne peut être dans le ligament large. Toute impulsion imposée à la tumeur se communique à l'utérus.

La malade est pâle, le compte des hématies vérifie l'anémie (3.100.000 globules rouges), pas de leucocytose (7.000 globules blancs). Urée sanguine : 0,20.

On opère avec le diagnostic de fibrome latéral de l'utérus non inclus dans le ligament large.

Intervention le 24 juillet 1939 (M. Mondor)

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Découverte d'un fibrome du volume d'un pamplemousse, indépendant de l'utérus, développé sur le ligament rond qui, en deçà et au-delà de la tumeur, reparaît avec ses dimensions normales. A cause d'un hydrosalpinx gauche peu tendu mais volumineux, on fait une hystérectomie subtotale, le fibrome ayant été enlevé après ligature de son pédicule.

Après péritonisation complète et mise en place d'une mèche au fond du Douglas, la paroi fut fermée en trois plans au catgut chromé.

Les suites furent tout de suite bonnes; la malade sortit guérie le seizième jour.

L'examen macroscopique de la pièce avait fait voir qu'il s'agissait d'un assez gros fibrome du ligament rond de structure homogène, sans dégénérescence kystique, sans induration anormale, sans hémorragie intrakystique et séparé de la corne utérine par un segment normal de ligament rond de 2 à 3 cm. de longueur.

L'examen histologique (M^{re} le professeur agrégé Gauthier-Villars) a appris les détails suivants : les prélèvements faits sur la masse juxta-utérine mon-

trent tous les aspects des myomes avec leurs faisceaux fibrillaires coupés sous diverses incidences. On y note une infiltration œdémateuse massive du stroma et de multiples altérations dégénératives des fibres musculaires lisses (vacuolisation, perte de colorabilité des noyaux); l'hyperplasie fibreuse est à peu près nulle, d'où le diagnostic de myome du ligament rond. Les prélèvements utérins montrent des plaques fibromateuses multiples.

**

A cette observation, nous joindrons deux comptes rendus opératoires, également relevés dans le service de M. le professeur Mondor, qui relatent la découverte fortuite de fibromes du ligament rond lors d'hystérectomies pour fibromyomes utérins.

Dans le premier cas, le 12 août 1938, une tumeur du volume d'une orange, située au niveau du détroit supérieur et développée sur le ligament rond, fut découverte à côté d'un utérus fibromateux. L'examen histologique montra un fibromyome typique.

Dans le second cas, le 19 septembre 1938, les faits sont similaires en tous points, sauf en ce qui concerne l'examen histologique qui montre également un aspect de fibromyome, mais avec une dégénérescence œdémateuse considérable.

ETIOLOGIE

Reprenant à la lumière de notre observation les divers chapitres de la question, nous envisagerons d'abord les facteurs étiologiques et, en premier lieu, l'âge de ces malades.

Dans le cas que nous rapportons, il était de 38 ans et ne s'éloigne donc que fort peu de la période, comprise entre 40 et 50 ans, donnée par Delbet et Héresco comme particulièrement propice au développement de la tumeur. Ce fait n'a d'ailleurs rien d'absolu : nous notons, en effet, les âges de 31 ans dans l'observation de Claisse, de 23 ans dans celle de Jean Petit; enfin, à l'opposé, la malade de Winckel avait 76 ans, mais il s'agit là, il est vrai, d'une découverte d'autopsie et le fibrome n'avait eu aucune histoire clinique.

Au total, si l'opinion de Delbet et Héresco s'est trouvée confirmée par la plupart des cas, il est

certain que l'on peut observer à tout âge, et particulièrement chez la jeune femme, des fibromes abdominaux du ligament rond.

*
**

Après l'âge, une seconde notion doit être retenue, celle de la multiparité habituelle des malades. Toutes les observations qui mentionnent les antécédents génitaux sont d'accord sur ce point, mais beaucoup sont muettes à cet égard; de plus, étant donné, d'une part, le petit nombre des cas rapportés, d'autre part, la relative rareté de la multiparité à l'âge moyen des malades atteintes de fibromes, il est difficile de vouloir faire intervenir entre la multiparité et le développement de la tumeur un lien solide.

Nous ne ferons que citer le cas de Kleinwächter où un traumatisme remontant à un an fut invoqué par la malade : c'est la seule observation où un tel fait est rapporté, et tous les auteurs sont d'accord pour refuser au traumatisme toute influence sur l'apparition de ces tumeurs.

*
**

Un point, par contre, mérite de retenir l'attention, c'est le siège droit presque constant du

fibrome: notre malade n'échappait pas à cette règle. De tous les cas de fibrome abdominal isolé du ligament rond, seul le plus récent, celui de Petit, siégeait à gauche. Dans le cas de Claisse, le fibrome siégeait également à gauche, mais ce fut une découverte opératoire au cours d'une hystérectomie pour fibrome utérin. Enfin, dans le cas de Dambrin et Bernardbeig, qui fut aussi une découverte opératoire, il y avait deux noyaux fibromateux à droite et un à gauche; c'est, avec celui de Michaux, où l'on découvrit deux petits nodules sur le même ligament rond, et celui de Winckel, où il s'agissait de polypes fibromateux des deux ligaments ronds, le seul cas où la tumeur n'était pas unique.

ETUDE CLINIQUE

Ces quelques données étiologiques étant précisées, nous envisagerons maintenant les circonstances dans lesquelles on peut être amené à examiner une telle tumeur.

Le plus souvent, c'est l'augmentation de volume de l'abdomen qui alerte la première : c'est le cas de notre malade, c'est celui de la plupart. Les phénomènes douloureux n'apparaissent que plus tard : dans notre observation, il s'agit de douleurs en éclairs, de siège pelvien droit ; bien souvent, c'est surtout par son volume que la tumeur devient gênante : elle entraîne des étouffements, puis une gêne à la marche, à la flexion du tronc, à l'extension des membres inférieurs chez la malade de Claisse ; de la dysurie et également une gêne à la flexion du tronc chez celle de Petit. Si l'augmenta-

tion de volume de l'abdomen précède presque constamment l'apparition des douleurs, la succession de ces phénomènes n'obéit à aucune règle chronologique : chez notre malade, quelques semaines seulement les ont séparés, Claisse parle de quelques mois, mais Delbet et Héresco notent qu'il fallut trois ans avant que la malade souffrît réellement de sa tumeur; Walther opéra alors que le fibrome avait été remarqué depuis quatre ou cinq ans sans jamais entraîner de douleurs, et Léopold, enfin, signale une période de latence de quatorze ans.

Dans l'ensemble, il apparaît qu'après une période de lent accroissement, généralement bien tolérée, l'évolution se précipite, le volume augmentant rapidement à mesure qu'apparaissent les douleurs.

Il est, dès lors, bien compréhensible que, dans nombre de cas, rien n'ayant attiré l'attention vers la tumeur, ce soit à l'occasion d'une autopsie, comme Winckel, ou d'une laparotomie, pour fibrome utérin le plus souvent, comme Martin, de Munich, Dambrin et Bernardbeig, et comme dans les deux cas récents que nous avons signalés plus haut, que le fibrome abdominal du ligament rond est découvert.

Ces dernières éventualités mises à part, l'existence d'une tumeur abdomino-pelvienne est en général évidente au seul interrogatoire de la malade. Si, poursuivant celui-ci, on s'enquiert des troubles menstruels, on apprend dans presque tous les cas que les règles sont normales, qu'elles sont apparues à un âge normal, que depuis elles ont toujours été régulières et indolentes. Notre malade était dans ce cas, sauf pour la période menstruelle qui précéda immédiatement l'examen. Cependant, nous relevons quelques exceptions à la loi : la malade de Delbet et Héresco accusait des règles irrégulières, celle de Claisse des métrorragies.

Dans certains cas, il semble que les poussées évolutives aient coïncidé avec les périodes menstruelles, mais ce parallélisme n'est pas mentionné par la plupart des auteurs. Quant à la ménopause, chez les malades qui l'avaient déjà présentée lorsqu'elles furent examinées, il semble qu'elle eut plutôt une action accélératrice sur l'évolution de la tumeur.

Outre le cycle menstruel, on doit, avant de passer à l'examen physique, s'enquérir de l'état général de la malade : la nôtre était pâle, fatiguée et présentait en fait une anémie notable; celle de Delbet et Héresco accusait un amaigrissement extrême,

une véritable fonte musculaire. Dans l'ensemble, cependant, tous les auteurs signalent le bon état général de leur patiente qui reste intact jusqu'à un stade avancé de l'affection.

*
**

Ces divers temps préliminaires de l'examen terminés, l'enquête clinique va se porter sur la tumeur elle-même.

Mainte observation rapporte que, d'emblée, on est frappé par une énorme saillie de l'abdomen qui, au premier abord, rappelle celle d'un kyste ovarien géant (Delbet et Héresco). En général, la déformation prédomine à droite. Lorsqu'elle est plus modeste, la tumeur détermine seulement une voussure plus ou moins nette selon l'adiposité de la malade et siégeant en règle dans la fosse iliaque droite. Un fait négatif de valeur doit être retenu : l'absence de circulation collatérale et accessoirement celle de vergetures.

A la palpation, le premier fait que notent tous les auteurs est la régularité de la tumeur : c'est dans notre cas une tumeur ronde et lisse; ces deux adjectifs se retrouvent dans les observations de Delbet de Walther, de Petit. Bien limitée, unique,

la tumeur comportait chez la malade de Delbet un étranglement séparant de la masse principale un petit lobe accolé à son flanc gauche. Nous ne retrouvons pas d'observation où l'on décrive des nodules ou des bosselures à la surface de la tumeur. Le volume en est variable : le plus souvent elle est logée tout entière dans la fosse iliaque mais, dans plusieurs cas, elle atteignait l'ombilic, le dépassait ou même affleurait le rebord costal.

Après sa forme et son volume, la palpation va révéler un autre caractère important de la tumeur, sa consistance : « remarquablement dure » dans notre observation, « masse dure » dans celle de Petit, « ferme et élastique », « solide, non fluctuante » dans le cas de Delbet et Héresco. Ces auteurs signalent cependant quelques points plus mous; Walther, de même, qualifie la tumeur de « rénitente presque fluctuante ». Une certaine variabilité semble donc exister sur ce point. Delbet conclut, en règle générale, à une tumeur ferme mais moins dure que le fibrome utérin : plusieurs observations publiées depuis sa communication insistent, au contraire, sur la dureté de la tumeur et cette dernière notion nous paraît devoir être retenue pour habituelle.

Au cours de l'examen, un autre caractère est également révélé, l'indolence de la tuméfaction : indo-

lente spontanément, tout au moins au repos, la tumeur l'est donc aussi objectivement, seule la malade de Delbet accusait un point douloureux au bord droit de la masse fibromateuse.

La palpation, enfin, donnera une dernière notion importante : celle de la mobilité habituelle du fibrome. Dans l'observation que nous rapportons, la tumeur était d'une extrême mobilité, il en est de même dans celle de Delbet et Héresco, dans celle d'Albertin; Walther signale que la tumeur qu'il observa n'était que peu mobile dans le sens transversal et ne l'était nullement dans le sens vertical, mais il attribue ce fait au très gros volume du fibrome et cette exception n'enlève rien à la règle de parfaite liberté de la tumeur, qui reste vraie pour tous les fibromes de moyen volume.

Recherchant cette mobilité, on pourra avoir la chance d'observer un symptôme de haute valeur : nous voulons parler de la sensation de tiraillements plus ou moins pénibles ressentis par la malade dans la région inguinale. Ce signe, décrit par Kleinwächter, qui, le premier, l'observa, n'est pas retrouvé dans les autres observations que nous avons pu dépouiller; il est tenu pour pathognomonique par Delbet et c'est, en effet, le seul qui puisse permettre d'affirmer que la tumeur siège sur le ligament rond.

Ce signe est le dernier que puisse donner la palpation abdominale; la percussion sera de peu de secours : la tumeur s'est révélée mate dans toutes les observations qui mentionnent les résultats de cette exploration, mais c'est là un caractère bien banal. Il est plus intéressant de noter l'absence constante d'ascite : ce point revêt une valeur particulière car, dans le difficile diagnostic de l'affection, il milite contre l'hypothèse d'une tumeur maligne.

*
**

Au terme de cette première enquête, il est bien certain que le diagnostic risque fort peu d'être même soulevé : aussi le toucher vaginal méthodiquement conduit, associé au palper hypogastrique, va-t-il être un temps essentiel de l'examen.

Dans notre observation, la tumeur « semble accolée au flanc droit de l'utérus » et « toute impulsion imposée à la tumeur se communique à celui-ci » ; elle est cependant facilement mobilisable. Ces données ne concordent pas entièrement avec les faits rapportés d'habitude : seul Walther, en effet, signale que les mouvements imprimés à la masse tumorale se transmettent au col, toutes les autres observations insistent sur la mobilité et sur l'indé-

pendance de la tumeur. Le fibrome n'est pas, en règle, solidaire de l'utérus et ce fait explique que l'on ait posé, dans de nombreux cas, le diagnostic de tuméfaction annexielle.

Le second point sur lequel les constatations faites chez notre malade s'écartent du schéma classique se rapporte au siège de la tumeur : Delbet et Héresco les premiers, puis Walther, donnent en effet, comme constant, le siège antérieur du fibrome. La masse est en avant et le plus souvent à droite de l'utérus, celui-ci est refoulé en arrière et à gauche : nous verrons l'importance qu'acquiert cette situation antérieure dans l'élimination d'autres tumeurs annexielles.

En regard de ces deux facteurs essentiels, les autres données du toucher vaginal sont de médiocre intérêt, l'utérus est parfois perçu volumineux par le palper hypogastrique associé, mais, bien souvent, on n'a pu le distinguer; le col est évasé dans un cas, porteur d'un noyau fibromateux dans un autre, mais ces faits sont contingents et ne peuvent entraîner aucune conclusion générale.

DIAGNOSTIC

L'exploration clinique est désormais terminée; on connaît, par ailleurs, les antécédents génitaux de la malade, un examen général a été pratiqué : est-il possible de réunir un faisceau de données assez solide pour affirmer le diagnostic?

Il faut reconnaître que, dans aucun cas, la nature exacte de la tumeur n'a été soupçonnée et cela n'est pas étonnant. En effet, il s'agit d'une tumeur pelvienne, régulière, ferme, indolente, mobile, isolée, non solidaire de l'utérus en règle générale : de tels caractères conduisent presque fatalement à porter le diagnostic de tumeur ovarienne. C'est celui qui fut fait par Delbet et Héresco, par Albertin; Léopold et Petit crurent à un kyste ovarien, Walther à un fibrome pédiculé ou à un kyste juxta-utérin. Dans notre observation, c'est avec le diag-

nostic de fibrome latéral de l'utérus non inclus dans le ligament large que l'on intervint.

Nous reprendrons, avec Delbet, les étapes du diagnostic en cherchant à mettre en relief les signes qui ne déçoivent pas.

A l'inspection, si la tumeur est volumineuse, on peut, d'emblée, penser à un kyste ovarien; dès la palpation, cependant, la tumeur se révèle, par place au moins, trop dure pour être kystique. Recherche-t-on la mobilité : on pourra déterminer ce tiraillement inguinal qui semble pathognomonique; mais combien il est nconstant. Le toucher vaginal semble imposer le diagnostic : la tumeur est mobile et indépendante de l'utérus, on croit pouvoir l'affirmer ovarienne.

C'est à ce stade que l'on risque le plus de passer à côté du diagnostic si l'on n'attache pas toute sa valeur au siège antérieur de la masse perçue : or, dit Delbet, de toutes les tumeurs annexielles, seuls la salpingite et le kyste dermoïde sont capables de se développer en avant de l'utérus. Les antécédents de salpingite devraient en permettre la rapide élimination; cependant, un pyosalpinx torpide peut s'être développé insidieusement et ne pas être reconnu. Quant au kyste dermoïde, si parfois la perception de zones d'une dureté osseuse alternant

avec des points ramollis, ou la découverte radiologique d'une formation osseuse par exemple, en permettront l'identification, il est à craindre que, dans bien des cas, l'erreur soit impossible à éviter.

Retenons donc, au total, l'extrême difficulté d'un diagnostic précis; aussi ne sera-t-on pas surpris si les fibromes du ligament rond n'ont été jusqu'à présent reconnus qu'à l'intervention : encore faut-il connaître l'aspect qu'ils revêtent au cours de celle-ci.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Si l'on rassemble les observations des divers auteurs, on constate qu'en règle la tumeur, quel que soit son volume, est de surface blanc nacré, parfois rosée ou bleutée, lisse, régulière, présentant dans quelques cas de petites zones hémorragiques superficielles. Dans deux cas, l'aspect rappelait si bien celui d'un kyste ovarien que l'on tenta une ponction, celle-ci fut même répétée deux fois par Petit, elle demeura infructueuse, ramenant du sang ou un peu de liquide jaunâtre, et prouva la nature solide de la tumeur.

La plupart des auteurs ont trouvé, comme dans le cas que nous rapportons, une tumeur libre dans la cavité péritonéale; cependant, Kleinwächter rapporte qu'il fut gêné par de nombreuses adhérences; Léopold ne put pratiquer l'exérèse complète, la tumeur étant absolument fixée; Michaux.

découvrit une tumeur adhérent au mésentère et au grêle en haut, à l'anse sigmoïde en bas; de même, chez la malade de Petit, le colon pelvien adhérait au flanc gauche de la tumeur. Walther relate que le fibrome qu'il opéra était inclus dans un dédoublement de la partie externe du ligament large, il était ainsi appliqué par le péritoine sur toute l'étendue de la fosse iliaque et, se développant vers le haut, avait même dédoublé le mésocolon : le colon ascendant, le cœcum et l'appendice étaient appliqués sur la face antéro-externe de la tumeur. L'énucléation fut d'ailleurs facile : après incision du péritoine en avant puis en arrière du fibrome, celui-ci se laissa aisément décoller de sa loge.

Signalons encore le cas de Michaux où, en dehors du fibrome principal, on pouvait apercevoir deux petits nodules accessoires développés, eux aussi, sur le ligament rond; celui de Dambrin et Bernardbeig, où l'on voyait un nodule à gauche et deux petits noyaux à droite.

Mais, plus que l'aspect de la tumeur, ce sont ses connexions avec le ligament rond qu'il importe de préciser. Chez notre malade, on le voyait nettement reconstitué en deçà et au-delà de la tumeur; il n'en est pas toujours ainsi et, dans le cas de Delbet, le fibrome était rattaché au ligament rond par un

large pédicule étalé qui englobait presque tout celui-ci. En général, c'est au pôle inférieur de la tumeur que l'on retrouve les attaches du ligament rond : celui-ci est épaissi et se jette par deux éventails fibreux sur la tumeur, chacun de ceux-ci correspondant respectivement l'un au segment central, l'autre au segment distal du ligament dont la continuité est interrompue par le fibrome.

Nous citerons le cas de Claisse où le fibrome était rattaché au ligament rond par un pédicule deux fois tordu sur lui-même dans le sens des aiguilles d'une montre.

En présence d'une telle tumeur, l'inventaire de l'appareil génital doit être complet : dans un nombre notable de cas, l'utérus se révèle fibromateux, plaques de fibromatose dans notre observation, nombreux noyaux dans celle de Claisse, deux fibromes du corps utérin dans celle de Dambrin et Bernardbeig qui notèrent, en outre, un petit fibrome au point d'attache de la trompe utérine. A l'opposé de l'utérus, les annexes sont en général intactes et le cas que nous rapportons où il existait un hydrosalpinx gauche est le seul qui mentionne une lésion annexielle parmi ceux que nous avons pu étudier.

Nous signalerons encore deux cas particuliers : celui de Delbet et Héresco, dont la malade présentait une grappe de petits kystes séreux du ligament large au niveau de la corne utérine et deux petites grappes analogues sur le ligament unfundibulo-pelvien; celui de Kelly qui observa, associé à la tumeur intra-abdominale, un fibrome développé devant la paroi, les deux fibromes étant réunis par une portion étranglée, logée dans le canal inguinal.

*
**

Le fibrome ayant été reconnu, son origine précisée au cours de l'intervention, une exérèse est généralement possible et va permettre l'étude approfondie de la pièce. Son volume est variable : les comparaisons les plus couramment employées par les auteurs sont celles de tête fœtale, grosse orange; dans notre cas, la tumeur rappelait, par son volume, un pamplemousse. Rien n'est plus variable que ces dimensions : certains fibromes étaient gros comme une fève ou un pois; à l'opposé, celui qu'observa Léopold mesurait 60 centimètres dans le sens vertical et 72 centimètres de large.

Le poids est de même très variable : les chiffres de 2 kilos, 2 kilos 500 sont les plus courants, mais

certain fibrome ne pesaient que quelques dizaines de grammes, alors que celui décrit par Delbet pesait 5 kilos et celui de Léopold 12 kilos.

A la coupe, le fibrome présentait dans notre pièce un aspect de fibromyome typique, homogène, sans kyste, sans hémorragie; celui de Delbet présentait des points rougeâtres, d'autres gris jaunâtre. Claisse observa une coque plus foncée se continuant avec le ligament qui formait une sorte de cupule où reposait la tumeur, Walther un tissu mou, blanc jaunâtre, gélatineux à la périphérie, laiteux au centre : il s'agissait d'ailleurs d'un fibromyxome et non d'un fibromyome vrai, comme nous le verrons.

*
**

Quoi qu'il en soit, cet examen ne saurait être que grossier et seul l'examen histologique apportera les précisions indispensables.

Chez notre malade, il montra un myome presque pur, avec très peu d'éléments conjonctifs, mais, dans le cas habituel, c'est un fibromyome typique qui est reconnu sur les coupes, avec prédominance tantôt de l'élément conjonctif comme dans le cas de Claisse, tantôt de l'élément myomateux comme dans le cas de Léopold. La seule exception que

nous ayons trouvée est rapportée par Walther dont la pièce se révéla, comme nous l'avons dit, être un fibromyxome comportant très peu d'éléments conjonctifs et présentant par places de nombreuses cellules fusiformes « qui doivent faire penser à la possibilité d'une évolution sarcomateuse ».

Il faut donc retenir dans l'ensemble l'association caractéristique de fibres musculaires lisses et de tissu conjonctif : celle du fibromyome utérin. Cependant, cet aspect histologique est fréquemment altéré par diverses dégénérescences. L'étude de notre pièce révéla une transformation œdémateuse massive du stroma et l'aspect vacuolaire des fibres musculaires lisses. Delbet et Héresco signalent de nombreux points de dégénérescence muqueuse; le fibrome opéré par Petit était également œdémateux : il semble que cet état œdémateux si fréquent soit en rapport avec la vascularisation toujours insuffisante de ces tumeurs dès qu'elles atteignent un certain volume.

Signalons encore que Duncan trouva des foyers crétacés au centre de sa pièce opératoire, que le fibrome observé par Léopold était lymphangiectasique.

Ces dégénérescences sont analogues à celles que l'on rencontre dans les fibromyomes utérins : nous ne retrouvons que des cas de dégénérescence mu-

queuse, œdémateuse et crétacée, mais il est permis de penser que les dégénérescences kystiques et télangiectasiques, la nécrobiose aseptique, la gangrène pourraient éventuellement s'observer. La possibilité même de syndromes abdominaux aigus par torsion ou rupture du fibrome, par hémorragie intratumorale ou intrapéritonéale, par inflammation aiguë doit être logiquement retenue.

PRONOSTIC

Les transformations anatomiques que nous venons de décrire seraient donc capables de modifier sensiblement l'allure évolutive de l'affection qui fait l'objet de notre étude : en fait, les cas publiés se rapportent tous, soit à des fibromes du ligament rond découverts fortuitement lors d'interventions ou d'examens nécropsiques et qui n'eurent pas d'histoire clinique, soit à des tumeurs dont le développement fut interrompu par la cure opératoire.

Celle-ci a été dans presque tous les cas aisée : chez notre malade, la découverte d'un volumineux hydrosalpinx du côté gauche obligea à une hystérectomie, mais la plupart des auteurs purent se limiter à une exérèse simple entre deux ligatures posées sur le ligament rond ou après ligature du pédicule qui rattachait la tumeur à celui-ci. Dans quelques cas, il fallut rompre les adhérences qui

attachaient le fibrome au mésentère, au grêle, à l'anse oméga (Michaux), au colon pelvien (Petit). Seul, Léopold n'a pu pratiquer l'exérèse de l'énorme tumeur, partout adhérente, qu'il tenta d'extirper. La péritonisation est, en général, suffisante et le drainage n'apparut nécessaire que dans très peu de cas.

Les suites opératoires sont habituellement simples : la malade opérée par M. le professeur Mondor sortit guérie de l'hôpital le seizième jour; des résultats analogues sont rapportés dans presque toutes les observations; cependant des complications plus ou moins sévères ont pu s'observer. La malade de Delbet et Héresco présenta, lors de son lever, une légère désunion de la partie inférieure de sa cicatrice opératoire et une fistule persista, peu gênante il est vrai.

Des complications mortelles survinrent, par contre, deux fois. La malade de Léopold succomba le troisième jour : le volume considérable de la tumeur, les adhérences multiples avaient obligé à ne pratiquer qu'une exérèse partielle, la péritonisation et la fermeture correctes avaient été impossibles, et il faut voir dans ces circonstances particulièrement défavorables la cause du décès.

Le second cas mortel est rapporté par Kleinwächter dont la malade présenta des hémorragies

secondaires puis mourut, le troisième jour également, dans un tableau de péritonite septique.

Delbet et Héresco, qui reprennent ces deux observations, ont remarqué qu'il s'agit de malades opérées à une époque où la chirurgie abdominale était loin d'avoir atteint la sûreté technique qu'elle a acquise actuellement, que, de plus, l'intervention fut pratiquée à un stade évolutif avancé de l'affection : ils concluent donc à la bénignité habituelle de l'acte chirurgical et leur opinion, basée cependant sur deux réussites opératoires seulement, s'est trouvée vérifiée depuis lors. Leur conviction s'appuyait sur le fait que la tumeur est pratiquement toujours pédiculée et que son pédicule n'intéresse aucun organe important. L'ablation sera donc facile tant que les adhérences ne se constituent pas et cette condition est en règle réalisée à l'heure actuelle, où la temporisation n'est plus prolongée à l'excès devant une tumeur abdominale quelconque.

PATHOGENIE

Dans l'exposé que nous venons de faire, nous avons essayé de dégager à propos d'un cas particulier la physionomie clinique et évolutive des fibromes du ligament rond à développement abdominal; il est cependant un chapitre que nous n'avons pas eu l'occasion de traiter: celui de la pathogénie.

C'est d'ailleurs le plus obscur et celui sur lequel les auteurs se montrent le plus discrets. Pilliet et Gosset, à propos d'un fibrome extra-abdominal du ligament rond, rapportent qu'ayant fait des coupes en séries de ce ligament, du pédicule et de la tumeur, ils notèrent les faits suivants : dans le ligament déjà, on voyait, dans les portions proches du fibrome, des fibres musculaires lisses en bien plus grande quantité que normalement; au niveau du pédicule, les faisceaux de fibres lisses étaient très

nombreux et constitués par des fibres particulièrement denses et épaisses; dans la tumeur, enfin, l'aspect de fibromyome était typique, accompagné en de nombreux points de dégénérescence vacuolaire. Il semble donc, à ces auteurs, qu'ils aient observé la naissance progressive de la tumeur aux dépens des éléments normaux musculaires lisses du ligament rond.

Claisse, au contraire, s'est attaché à retrouver les images mêmes qu'il avait découvertes dans les fibromyomes utérins et il décrit des plages de cellules embryonnaires arrondies, entourant les coupes vasculaires; à la périphérie de ces plages, les cellules s'allongent progressivement et prennent soit le type musculaire lisse, soit le type conjonctif. L'origine de la tumeur est donc, pour Claisse, vasculaire et, plus particulièrement, artérielle: il y aurait à l'origine des phénomènes inflammatoires de capillarite provoquant la formation d'un noyau primordial qui, augmentant peu à peu de volume par pointes d'accroissement, serait bientôt énucléé hors du cordon ligamenteux et se trouverait ainsi naturellement pédiculé.

Pour Delbet et Héresco, enfin, il semble que l'on puisse invoquer la loi de Conheim et attribuer pour origine à la tumeur la multiplication, sous une influence d'ailleurs inconnue, de cellules embryon-

naires non utilisées incluses au sein des tissus adultes. A l'appui de cette hypothèse s'inscrirait la prédominance si nette des fibromes droits sur ceux du côté gauche : la fréquence relative des hernies congénitales droites sur les gauches devant en être rapprochée et incliner à voir dans des faits pourtant si différents la preuve d'une prédisposition du côté droit aux malformations embryonnaires.

Il ne saurait être question pour nous de prendre parti dans cette discussion pathogénique : comme pour les fibromyomes utérins, le problème reste encore incomplètement résolu.

CONCLUSIONS

Au terme de cette étude analytique, nous tentons de dégager les quelques notions pratiques que l'on peut tenir pour sûrement acquises.

1° Les fibromyomes du ligament rond demeurent rares dans leur ensemble, ceux qui intéressent la portion abdominale du ligament le sont encore plus et en représentent à peine 25 %. Enfin, si l'on ne retient que les cas où la tumeur était seule en cause et seule responsable de l'ensemble du syndrome clinique, on peut tenir l'affection pour exceptionnelle.

2° Le diagnostic est des plus difficiles en raison de cette rareté d'abord, du petit nombre des signes caractéristiques ensuite.

Un seul symptôme semble indiscutablement propre à l'affection : c'est le tiraillement inguinal dé-

terminé par la mobilisation de la tumeur; nous avons vu qu'il ne fut observé qu'une fois.

Aussi, est-ce avant tout sur la constatation d'une tumeur pelvienne, arrondie, ferme, mobile et surtout perçue au toucher vaginal en avant, en dehors et presque toujours à droite de l'utérus, que l'on pourra baser non pas le diagnostic ferme mais le soupçon du diagnostic.

3° Anatomiquement, il faut retenir l'identité complète avec les fibromyomes utérins aussi bien dans les aspects macroscopiques et histologiques que dans les dégénérescences éventuelles.

4° Le pronostic doit être tenu pour relativement bénin, tant que la tumeur n'est pas trop ancienne.

5° La pathogénie, enfin, laisse la discussion ouverte entre trois théories principales : origine musculaire directe, origine vasculaire, origine embryonnaire.

Vu :	Vu :
<i>Le Doyen,</i>	<i>Le Président de Thèse,</i>
TIFFENEAU,	HENRI MONDOR.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Delbet et Héresco. — Des fibromyomes de la portion abdominale du ligament rond. (Revue de Chirurgie, 1896, p. 607.)

Claisse. — Fibromyome de la portion abdominale du ligament rond. (Annales de Gynécologie, 1900.)

Michaux. — Fibrome abdominal du ligament rond. (Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1901, p. 165.)

Reboul. — Fibrome intra-abdominal du ligament rond. (Echo Médical des Cévennes, 1907.)

Albertin. — Volumineux fibrome intra-abdominal du ligament rond. (Lyon Chirurgical, février 1910.)

Dambrin et Bernardbeig. — Fibromyomes de la portion intra-abdominale des ligaments ronds. (Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Paris, 1921, p. 781.)

Jean Petit. — Fibrome intrapéritonéal du ligament rond gauche. (Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie, 4 mai 1932.)

Walther. — Fibromyxome du ligament rond. (Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Paris, 1914, p. 486.)

Spencer. — Fibrome de la portion intra-abdominale du ligament rond. (Journal of Obstetric of British Empire, 1904, vol. V, n° 2.)

Lindquist. — Case of large abdominal tumor originating in ligamentum teres uteri. (Acta Obst. and Gynec. Scandinav., 1928.)

Ahumada. — Mioma pedicular del ligamento redondo. (Arch. de los hop. de la Soc. de Beneficencia de la capital, 1929.)

Pardini. — Un mioma della porzione intra-abdominale del ligamento rotondo. (Clin. Ostet., juin 1934.)

*
**

Duplay. — Tumeur du ligament rond. (Archives Générales de Médecine, 1882.)

Pilliet et Gosset. — Bulletin et Mémoires de la Société Anatomique de Paris, 1897, p. 775.)

Meriel et Baudet. — Annales de Gynécologie et Obstétrique, 1908, p. 540.

J.-L. Faure et Siredey. — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale, 1914.

Bernardbeig. — Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Toulouse, mai 1921.

Barbet. — Tumeur du ligament rond. (Paris Chirurgial, mars-avril 1928; Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 20 avril 1928.)

Tourneux. — Toulouse Médical, mars 1930.

Aman-Jean. — Fibromyomes du ligament rond. (Annales d'Anatomie Pathologique, avril 1930.)

Georget. — Les tumeurs du ligament rond. (Journal de Médecine de Bordeaux, 20 avril 1934.)

Raynaud. — Thèse Montpellier, 1897-98, n° 40.

Desmir. — Thèse Paris, 1905-1906, n° 408.

Leconoff. — Thèse Montpellier, 1910-11, n° 4.

Vienne. — Thèse Paris, 1926, n° 510.

Imprimerie 7 bis, Rue des Suisses, Paris
